

DICHIARAZIONE TIROCINANTE
IN MERITO ALLA ESCLUSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
PER CONTAGIO COVID-19

All'Università degli Studi di Firenze

Piazza San Marco, 4

50121 - Firenze (FI)

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
prov. _____ il _____ cod. fisc. _____ residente a
_____ prov. _____ in via/piazza _____
_____ n. _____ in qualità di studentessa/studente
dell'Università degli Studi di Firenze avente matricola n. _____ frequentante il
_____, ai sensi e per gli effetti di legge,

D I C H I A R A

- di essere a conoscenza che agli studenti dell'Università degli Studi di Firenze che svolgono il tirocinio sia a distanza sia in presenza sono garantite le coperture assicurative relative alla responsabilità civile verso terzi e agli infortuni, ad esclusione di un eventuale contagio da COVID-19 così come già esternato e formalizzato con D.R. ___ del _____ (prot. _____) dell'Università degli Studi di Firenze pubblicato sul sito web dell'Università;
- di aver ricevuto ogni più ampia informazione in merito alla suddetta esclusione di copertura assicurativa e, pertanto, di aver compreso chiaramente tutte le conseguenze della mancanza di qualsiasi copertura assicurativa a seguito di un eventuale contagio da COVID-19;
- di essere informato che – stante l'attuale situazione di emergenza sanitaria – l'Università degli Studi di Firenze ha consentito l'acquisizione dei crediti formativi connessi al Tirocinio secondo modalità alternative in sostituzione dello svolgimento in presenza;
- di essere a conoscenza di quanto indicato nella circolare INAIL n. 22 del 20 maggio 2020 in ordine alla tutela infortunistica nei casi accertati di infezione da coronavirus in occasione di lavoro.

Visto quanto sopra, la/il sottoscritta/o

D I C H I A R A

di voler effettuare il tirocinio presso _____

con sede legale in _____

Firenze, li _____

Firma _____

Firma leggibile _____